FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THESE

N° 1016

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

François DERIEUX

Né le 29 Avril 1937 à PARIS XVe

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ULCERES DE LA REGION CARDIALE.

Président : Mr. J.L. LORTAT-JACOB, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969 **THESE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

François DERIEUX

Né le 29 Avril 1937 à PARIS XVe

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ULCERES DE LA REGION CARDIALE.

Président : Mr. J.L. LORTAT-JACOB, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

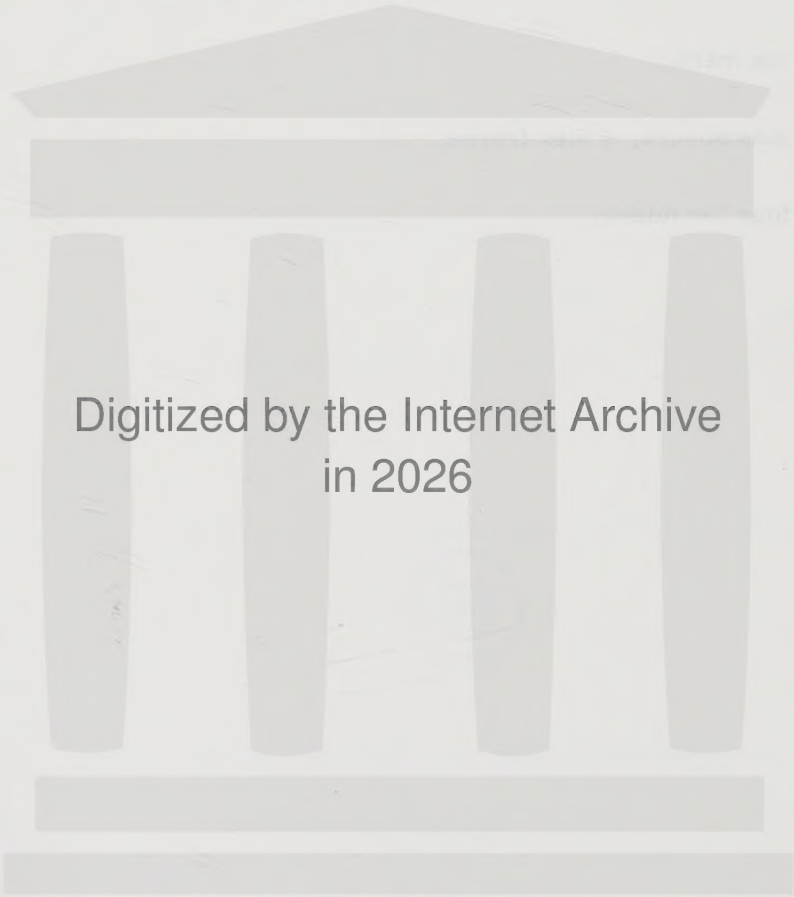
A mon père,

qui a été et qui reste mon premier
Maître en chirurgie.

A ma mère,

A mes soeurs, à mes frères,

A tous les miens.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523711_0029

A mon Maître et Président de Thèse

le Professeur Jean-Louis LORTAT-JACOB

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a accueilli dans son service et m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, en remerciement de tout ce qu'il m'a appris et en témoignage d'admiration de respect et de profond attachement.

A mon Maître

le Professeur Agrégé François FEKETE

qui m'a inspiré ce travail et m'a guidé dans son élaboration.

Qu'il soit assuré de toute ma reconnaissance et de ma fidèle amitié.

A mon Maître le Docteur Jacques HEPP

Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage de respect et
d'admiration et en remerciement
du séjour fructueux que j'ai effectué
chez lui.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur FEVRE
Monsieur le Professeur LORTAT-JACOB
Monsieur le Docteur SCHWOB
Monsieur le Professeur DOMART
Monsieur le Professeur CATHALA in memoriam
Monsieur le Professeur MILLIEZ
Monsieur le Professeur CONTE
Monsieur le Docteur LEROUX-ROBERT

A mon Maître d'Externat en Premier

Monsieur le Professeur LOEPER

A mes Maîtres d'Internat

Monsieur le Professeur Agrégé BARCAT
Monsieur le Professeur LORTAT-JACOB
Monsieur le Professeur CAUCHOIX
Monsieur le Docteur HEPP
Monsieur le Professeur COUVELAIRE

En hommage respectueux.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Docteur RICHARD

Monsieur le Professeur Agrégé MAILLARD

Monsieur le Docteur MOREAUX

Monsieur le Professeur Agrégé CUKIER

Monsieur le Professeur Agrégé AUVERT

Monsieur le Professeur Agrégé MOULONGUET

A tous ceux qui m'ont aidé dans le difficile apprentissage de la chirurgie.

A tous ceux qui travaillent ou souffrent dans les hôpitaux

A ceux que j'aime

A ceux qui m'aiment

A ceux qui ne m'aiment pas

INTRODUCTION

A - Définition :

- Ce sont les ulcères développés dans la zone gastrique comprise entre :

. l'orifice cardial

. et un plan horizontal situé 3 à 5 centimètres plus bas, mais toujours au-dessus de l'émergence de l'artère coronaire stomachique.

- Certains en excluent, stricto sensu, les ulcères de la grosse tubérosité dont pourtant les problèmes diagnostiques et thérapeutiques sont identiques.

- Il s'agit là d'une région de passage aux fonctions digestives peu marquées. Ceci explique sans doute le développement de lésions souvent étendues avec des symptômes peu accusés et très polymorphes.

B - Fréquence et intérêt :

- S'il n'est qu'une des localisations de la maladie, presque aussi fréquente que les autres d'ailleurs (10 %) eu égard aux surfaces respectives, l'ulcère de la région cardiale mérite d'être individualisé à plus d'un titre. En effet :

. L'histoire clinique souvent polymorphe, la non accessibilité de la région à l'examen, et la plus grande difficulté de l'exploration radiologique lui confèrent un intérêt diagnostique certain.

. Il s'y associe en outre un intérêt thérapeutique indéniable. Certes le traitement médical guérit aussi bien cette localisation que d'autres ; mais lorsqu'il a échoué ou que le diagnostic reste incertain on sait quelles difficultés peuvent se poser au chirurgien devant cette localisation, qui échappe à la gastrectomie des 2/3.

C - Objet de cette étude :

Ce sont donc essentiellement les modalités cliniques et paracliniques du diagnostic et le traitement chirurgical que nous nous proposons d'étudier à la lumière des 47 cas opérés dans le service de notre maître le Professeur Jean-Louis LORTAT-JACOB, entre le 1er Janvier 1956 et le 1er Janvier 1969.

CHAPITRE I

RAPPEL ANATOMIQUE.

- Il n'est certes pas nécessaire d'insister :

. sur la profondeur et la fixité de cette région

. ni sur ses rapports avec les éléments de voisinage : paroi thoracique, rate, foie, arrière cavité et pancréas.

- Nous voudrions seulement rappeler succintement certains éléments de la vascularisation du haut estomac. Ils peuvent en effet avoir leur importance dans la chirurgie de l'ulcère du cardia.

A. L'Artère coronaire stomachique

C'est une source constante ; de loin la plus importante par sa branche cardio-oesophago-tubérositaire.

Celle-ci :

- née au sommet de la crosse du tronc artériel principal

- se dirige en haut et à gauche vers la région cardiale dans l'épaisseur de l'attache gastrique de la faux de la coronaire.

- aborde la face antérieure de la région cardiale.

- et se divise presque aussitôt en 3 rameaux secondaires qui se terminent en s'anastomosant avec les vaisseaux courts supérieurs.

B. L'artère splénique

1. C'est une source presque aussi importante dans la majorité des cas par ses vaisseaux courts :

. nés du tronc de l'artère et de ses branches terminales

. ils cheminent dans l'épiploon gastro-splénique

. et gagnent la partie supérieure de la grande courbure gastrique.

2. L'artère splénique peut participer en outre à la vascularisation du haut estomac par une branche gastrique postérieure dont la fréquence est discutée. Très rare pour certains, elle serait présente dans 50 % des cas pour Rio Branco

. née de la première moitié du tronc

. elle se porte en haut et un peu à gauche cheminant sous le feuillet péritonéal qui tapisse la paroi postérieure de l'arrière cavité puis dans la zone d'accollement de la grosse tubérosité.

. elle se termine en 3 ou 4 rameaux qui se répandent sur la face postérieure et supérieure de la grosse tubérosité, et s'anastomosent avec les rameaux terminaux de la coronaire stomachique et des vaisseaux courts.

C . L'artère diaphragmatique inférieure

Elle ne participe que de façon inconstante et peu importante en donnant 3 ou 4 branches grêles cardio oesophago-tubérositaires anastomosées entre elles ;
Mais l'étude de la vascularisation pariétale a montré : (CORDIER)

. la médiocrité de la circulation au niveau de la petite courbure.

. et la fréquence accrue des shunts veineux avec risque d'hypovascularisation dans l'estomac ulcéreux.

Les Conséquences thérapeutiques :

Les conséquences thérapeutiques de cet apport sanguin peuvent être ainsi résumées :

1. Il n'y a aucun problème de vascularisation du moignon chaque fois que l'on aura respecté la cardio-tubérositaire antérieure.

2. La vascularisation sera suffisante à condition de garder les vaisseaux courts et de ne pas décoller le moignon gastrique. Chaque fois que l'on désirera terminer par une anastomose gastro-duodénale il est indispensable de remplacer sa mobilisation et sa libération par celle du duodénum.

. Si la splénectomie est rendue nécessaire par un accident per-opératoire, elle sera faite dans le hile à la manière d'un Gavriliu pour préserver les vaisseaux courts, car on ne peut compter sur la gastrique postérieure inconstante.

3. Si une splénectomie a été envisagée d'emblée, il faut s'efforcer à tout prix de conserver la source coronaire stomachique.

4. Naturellement dans tous les cas où le moignon paraît mal vascularisé, il faudra totaliser la gastrectomie.

CHAPITRE II.

ETUDE CLINIQUE.

Après une brève présentation de certaines caractéristiques de sexe et d'âge, nous étudierons les principaux signes et aspects cliniques que l'on peut rencontrer.

A. Terrain.

- La répartition des ulcéreux selon le sexe est en règle générale de 70 hommes pour 30 femmes. Notre étude est exactement comparable puisqu'elle comporte 35 hommes pour 12 femmes.

- L'âge de nos malades est de même comparable aux données classiques :

. plus de la moitié des hommes ont moins de 60 ans.

. alors que les 2/3 des femmes ont au contraire plus de 60 ans, certains auteurs ayant voulu en tirer des conséquences étiologiques hormonales.

- Quant à la durée de l'évolution clinique elle s'échelonne sur une durée allant de 0 à 20 ans avec une moyenne de 3 ans.

B. Les Signes classiques.

De nombreux aspects ont été décrits :

1 - Certains auteurs ont voulu isoler un tableau qui serait caractéristique de la localisation sous cardiale : douleurs précoces, haut situées derrière l'appendice xyphoïde, irradiant vers le cou et la machoire inférieure et allant en augmentant pendant 2 ou 3 heures ; elles s'accompagneraient de troubles divers: régurgitations, sialhorrée, hoquets et vomissements. L'examen clinique retrouverait une douleur provoquée à la partie supérieure de l'épigastre et parfois un point douloureux postérieur entre D7 et D10.

2 - Mais bien d'autres formes ont été aussi décrites et à côté de l'aspect habituel de l'ulcère gastrique typique, on a cité des formes :

latentes révélées par une complication :
oesophagienne,
cardiaque,
ou frustes.

3 - Certains auteurs allant même jusqu'à penser que le diagnostic est difficile voire impossible avant l'intervention ou la nécrops !

C'est pourquoi nous préférons faire d'abord un rapide rappel analytique de chacun des signes rencontrés pour regrouper en guise de conclusion les tableaux les plus couramment rencontrés.

La Douleur :

C'est le principal signe clinique :

a) Sa fréquence comme signe révélateur est très grande. COURT l'estime à 90 %. Dans notre étude elle était cependant absente 7 fois: 5 formes hémorragiques pures et 2 oésophagiennes sans douleur.

b) Son siège est habituellement épigastrique plus ou moins élevé. Nous avons cependant noté 2 fois une douleur franchement thoracique et 1 fois dorsale.

c) Son horaire est souvent difficile à préciser mais elle semble plus volontiers tardive que précoce, et la double périodicité est retrouvée dans près de 80 % des cas.

d) Les irradiations sont rares : 5 fois cependant des irradiations hautes étaient mentionnées.

e) Quant à sa nature enfin elle était rarement précisée dans nos observations, mais il s'agissait alors à chaque fois de crampes, ce qui est habituel dans l'ulcère gastrique. COURT dans son étude analytique très détaillée signalait :

61 % de crampes
12 % de brûlures
9 % de pesanteur,

le reste étant le fait des formes indolores.

Les Signes associés :

Plus ou moins nombreux, ils accompagnent en règle la douleur.

Si les descriptions classiques donnent à certains d'entre eux une valeur localisatrice, ils ont surtout l'intérêt d'attirer l'attention sur le tube digestif lorsque la symptomatologie est fruste.

Leur fréquence est d'environ 1 cas sur 2 qu'il s'agisse de signes généraux ou digestifs, isolés ou associés.

a) parmi les signes généraux :

. l'amaigrissement est de loin le plus important. Il est noté une fois sur quatre ou cinq environ, parfois très important : 6 de nos malades avaient maigri de plus de dix kilos. Il est souvent rapporté à la crainte qu'ont ces malades de s'alimenter à cause de leur douleur.

. l'asthénie et l'anémie sont souvent retrouvées.

b) Les troubles digestifs associés ne sont pas à négliger surtout lorsque le siège de la douleur est atypique ; qu'il s'agisse de :

. troubles cardio oésophagiens, pituite, hoquets, eructations ou dysphagie.

. ou de signes plus banaux : nausées, vomissements. Ces derniers parfois au premier plan, peuvent simuler par leur importance une sténose du pylore : sous forme pylorique de Guérin.

Ils sont retrouvés dans la même proportion d'un cas sur cinq environ.

Nous avons préféré étudier à part un dernier élément capital : l'hémorragie digestive. Si elle constitue un accident évolutif sérieux, elle peut être le premier et seul signe révélateur. Hématémèse de moyenne ou de grande abondance le plus souvent :

- sa fréquence est grande : certainement très supérieure à celle des autres localisations (13,7 % contre 7,56 selon COURT). Nous l'avons rencontrée beaucoup plus souvent (1 fois sur 2) mais il s'agissait de malades adressés au chirurgien, et l'hémorragie était alors un fort argument pour l'indication chirurgicale. Dans six cas, l'hémorragie s'était répétée avant que l'indication chirurgicale ne soit portée.

- Elle survient en règle au début de l'évolution :

. soit comme signe révélateur : ce fut le cas dans cinq de nos observations.

. soit comme complication précoce en règle.

- La taille de l'ulcère ne semble pas influencer sa survenue ; par contre, il est pratiquement toujours noté une gastrite oedémateuse témoin d'une poussée inflammatoire importante.

- C'est un accident sérieux imposant pour le moins une consultation chirurgicale. Trois de nos malades ont dû être opérés en période hémorragique, tous 3 sont décédés dans les suites immédiates.

Rappel synoptique de malades ayant saigné :

- ont eu une hématémèse révélatrice :

obs : 8 - 11 - 21 - 37 - 46.

- ont eu une hématémèse ou plusieurs : complications d'un ulcère connu :

obs : 3 - 4 - 5 - 10 - 13 - 16 - 17 - 18 - 19 - 22 - 24 - 27 - 29 - 36 - 43.

- ont été opérés en période hémorragique

obs : 11 - 27 - 43.

En guise de conclusion, nous voudrions essayer de rassembler les tableaux cliniques les plus fréquemment rencontrés :

- le plus souvent (50 % environ) le malade s'est présenté comme un ulcéreux gastrique habituel, et c'est seulement la radiographie qui en a précisé le siège sous cardial.

- Dans 15 % des cas : le malade n'avait ressenti aucune douleur : formes hémorragiques pures.

- Enfin dans les autres cas, le tableau était atypique :

. par le type de la douleur,

. ou par son siège lombaire ou thoracique peut-être en rapport avec des adhérences serrées au foie, au pancréas ou aux piliers du diaphragme, d'ulcères perforés bouchés (évolution fréquente) rendant leur dissection très difficile.

Les accidents évolutifs se résument pratiquement aux hémorragies : perforations en péritoine libre et sténose étant exceptionnelles dans cette forme . Il semble donc qu'on ne puisse associer à cette localisation un tableau clinique particulier et ce n'est en règle que les examens complémentaires qui rattachent à leur cause les troubles allégués par le malade.

CHAPITRE III.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES A PRATIQUER :

A - L'étude du chimisme gastrique :

Elle n'a guère de valeur. En effet, il y a autant d'hyper que d'hypo ou de normochlorhydrie dans les ulcères de l'estomac, l'acidité étant d'ailleurs souvent d'autant moins élevée que l'ulcère est plus haut situé.

Cependant on sait que devant une hyperchlorhydrie franche, il est indispensable de rechercher :

- un ulcère duodénal associé.
- les autres éléments du syndrome de Zollinger Ellison.

B - L'examen radiologique :

Il a une toute autre valeur,

1) Il se heurte à un certain nombre de difficultés car :

. la région cardiale est profonde, située sous le rebord costal, ce qui empêche toute palpation, toute compression en cours d'examen.

. c'est une région peu contractile échappant donc aux épreuves pharmaco dynamiques.

. La baryte y passe rapidement

. Le relief muqueux particulier, bien étudié par JUTRAS et SCHOPS crée souvent de fausses images.

. Enfin et surtout, c'est une région anatomique complexe : l'oesophage l'entonnoir cardial et l'estomac ayant des directions différentes.

2) C'est dire que l'examen devra être particulièrement soigneux : sous diverses incidences déroulant bien les faces et dans plusieurs positions : l'examen commençant en décubitus et se terminant en position verticale ; éliminant ainsi le surplus de baryte, seule la niche reste remplie.

Pour ALBOT, la meilleure incidence d'étude de la petite courbure haute serait : patient en procubitus, O.A.D. et diagonale sur la table. L'ampoule est placée au-dessus du patient, du côté des pieds de sorte que le rayon passant par le cardia fasse un angle de 30 à 45° avec l'horizontale.

C'est dans ces lésions sans doute que le radio cinéma tire le plus d'indications.

3) Résultats.

a. La niche ulcéreuse apparaît comme une opacité

- saillant sur la partie haute des contours de l'estomac
- de forme variable : ronde ovalaire ou triangulaire.
- sa taille est souvent très importante (plusieurs centimètres).
- son siège est variable comme en témoignent les tableaux de la page suivante empruntés à MOUTIERS.

- L'oedème s'y associe très fréquemment dessinant le classique bourrelet mais étant souvent aussi à l'origine de modifications inquiétantes.

- La convergence des plis est un signe indirect important. Plus difficile sans doute à reconnaître dans cette région, il peut néanmoins guider le radiologue dans la recherche de la niche.

b. La fréquence de découverte de cette image est diversement appréciée.

Pour COURT : la radio serait normale dans 30 % des cas et trompeuse dans 15 %.

Alors que MAUR retrouve la niche dans 14 cas sur 15.

c. Les causes d'erreurs de cet examen méritent d'être signalées.

- Outre les examens négatifs

soit normaux

soit montrant un ulcère antral ou pylorique alors que la localisation cardiale n'est pas vue.

- Il faut rappeler les fausses images dues :

. soit au nombreux plis qui vus en coupe simulent à s'y méprendre une niche.

. soit à l'oédème et à la sclérose donnant ainsi des aspects marécageux, lacunaires, rigides, voire de dédoublement de la petite courbure.

Nous reverrons plus tard les problèmes diagnostiques et la valeur du test thérapeutique radio-clinique.

	Ulcères sous cardiaux.	Ulcéres gastriques	
	Statistiques Moutier-Cornet	Statistiques Moutier-Cornet	Statistiques P. Hillemand.
P. C.	54,5 %	65 %	84,6 %
Face post.	28,5 "	19 "	11,2 "
Face ant.	16 "	15 "	4,1 "
G. C	1 "	1 "	0,1 "

Ulcères sous cardiaux	Hommes	Femmes
P.C.	60	42,3
Face post.	24,5	38,5
Face ant.	14,5	19,2
G. C.	1	

d. En conclusion, après l'étude de nos observations, il semble qu'on puisse insister sur la réelle valeur de cet examen radiographique.

En effet :

- Sur les 46 cas : ayant eu un examen radiographique (seule l'obs. 2 n'en comporte pas) :

. Seuls 3 cas n'ont pas montré la niche sous cardiale.

Obs. 10 : il existait surtout un cancer oesophagien et la niche sous cardiale fut découverte à l'intervention.

Obs. 13 : où l'examen en période hémorragique paraissait normal.

Obs. 43 : où une fausse niche antrale avait seulement été vue.

- Sur les 43 niches juxta cardiaques :

2 avaient été étiquetées malignes.

Obs. 30 qui a tout de même eu une gastrectomie type Pauchet du fait du mauvais état général.

Obs. 40 qui eut un Sweet

3 étaient suspectes de malignité.

Obs. 8. 25. et 38 : la première nécessitant une biopsie extemporanée, les deux autres étant manifestement bénignes à l'intervention.

Les 38 autres avaient été à juste titre étiquetées bénignes.

C. La Gastroscopie.

Pour MOUTIER et COURT, ce serait un examen irremplaçable devant :

- des symptômes digestifs ou généraux isolés et inexpliqués.

- des troubles dyspeptiques et des douleurs gastriques atypiques persistant malgré l'aspect rassurant des radiographies normales.

- enfin des images atypiques, douteuses ou suspectes.

Elle demande un opérateur entraîné et se heurte à un certain nombre d'écueils : rétrécissement, oédème, intolérance gastrique. Elle montrerait 4 fois sur 5 l'ulcère qui est souvent polymorphe et pseudo-tumoral. Dans notre étude, la gastroscopie n'a sans doute pas eu la part qu'elle méritait, 8 cas seulement ont été ainsi étudiés sans grand résultat d'ailleurs puisque :

. 3 fois le cardia fut infranchissable

obs. 3; 24. et 25.

PLANCHE I

Ulcère sous-cardial typique (Obs. no 37)

PLANCHE II

Ulcère de la grosse tubérosité (Obs. no 36)

Hernie hiatale plus ulcère du collet (Obs. n^{O} 44)

. 1 fois l'ulcère n'a pas été vu mais seulement une gastrite : obs. 14.

. 1 fois on ne put trancher sur la nature de l'ulcère obs. 29.

. 3 fois seulement la nature bénigne put être affirmée : obs. 9. 22. et 37.

Il est à noter en outre, que dans l'obs. 49 qui correspond à un des 2 néos pris pour un ulcère, la gastroscopie avait vu l'ulcère sans cependant trancher sur sa nature.

Cependant, le perfectionnement des appareillages modernes lui donnera certainement de plus en plus une part importante pour en faire peut-être un examen systématique comme l'oesophagoscopie dans les lésions oesophagiennes.

CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC

I. Diagnostic positif :

Reconnaître un ulcère sous cardial n'est pas toujours aisé, et demande l'étude soigneuse et la comparaison des différentes données cliniques et paracliniques.

COURT, dans une thèse trop favorable sans doute, nous l'avons dit, à la gastroscopie, relevait d'une étude de 95 cas :

- 15 diagnostiqués par la radio seule : gastroscopie impossible ou ulcère non vu.

- 29 diagnostiqués par la gastroscopie seule : radiographies normales.

14 diagnostiqués par la gastroscopie seule : radiographies douteuses, lacunes.

- enfin 37 diagnostiqués à la fois par la radiographie et la gastroscopie dont les données étaient concordantes.

Ceci lui permettait de conclure en disant que dans près de la moitié des cas le diagnostic n'aurait pas été possible sans la gastroscopie, reconnaissant cependant que 15 fois, la radio avait pallié les défaillances de la gastroscopie.

C'est nous semble-t-il faire la part trop belle à un examen dont nous reconnaissons n'avoir pas l'expérience, et qui sans doute grâce aux progrès techniques et aux nouveaux appareillages mérite une réelle attention.

Il nous a cependant pratiquement toujours été possible par des examens radiologiques bien faits de découvrir la niche et d'en affirmer le caractère bénin. Dans les cas difficiles, la gastroscopie ne nous a pas amené de renseignements décisifs et c'est l'intervention qui en dernier recours affirme le diagnostic. Nous pensons que dans cette localisation où les réactions oédémateuses et inflammatoires sont souvent importantes, l'examen histologique extemporané peut apporter des arguments irremplaçables.

Nous avons eu recours à elle à huit reprises (obs. 2. 8. 11. 16. 29. 33. 35. et 45) pour affirmer le caractère bénin d'une lésion qui paraissait inquiétante.

II. Diagnostic différentiel :

1. La symptomatologie clinique : peut dans certains cas faire momentanément errer le diagnostic vers une affection thoracique mais assez rapidement, le transit oéso-gastroduodénal s'impose. C'est dire que seule paraît intéressante la discussion des images de niche de la région cardiale.

2. Il ne faut pas se laisser abuser par les fausses images de niche, dues au relief muqueux de la grosse tubérosité qu'a si bien décrites SCHOPS. Celles-ci peuvent être très trompeuses, et un malade qui ne figure pas dans cette série avait eu une intervention exploratrice avec le diagnostic d'ulcère cardial : son estomac était tout à fait normal.

3. En fait on est surtout amené à discuter :

- une tumeur bénigne ulcérée
- un diverticule
- ou surtout un cancer ulcéré.

A. Les tumeurs bénignes ulcérées, qu'il s'agisse de schwannome, d'adénome ou de léiomyome sont typiquement assez différentes et se traduisent en règle par une niche dans une lacune. Mais les réactions inflammatoires péri-ulcéreuses peuvent simuler une lacune.

B. Le diverticule sous cardial.

a) Il est typiquement assez différent :

. rond, plus régulier, plus "beau"

. ses contours sont lisses.

. il présente un remplissage homogène

. la paroi adjacente est souple, il n'y a pas de modifications de la muqueuse dont on voit la pénétration des plis dans le diverticule

. il change de forme et de taille avec les variations du péristaltisme et du remplissage.

. surtout, il est relié à l'estomac par un collet qu'il faudra s'efforcer de mettre en évidence.

b) Mais l'on sait que :

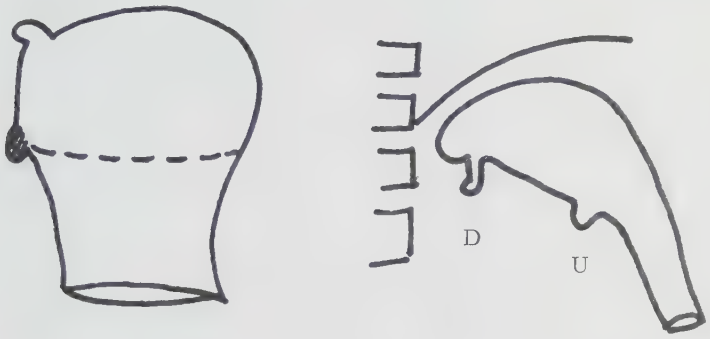
. une niche peut prendre un aspect diverticulaire avec une base rétrécie simulant un collet.

. certains ulcères n'ont aucune réaction inflammatoire alentour, et à l'opposé il existe des diverticulites.

. enfin un ulcère peut se développer dans un diverticule.

c) Si bien que seul l'argument topographique parait décisif :

. "les diverticules sous cardiaux siègent à l'extrémité postérieure du plancher près de sa jonction avec la face postérieure du corps gastrique" SCHOPS. C'est dire l'importance d'un excellent cliché de profil.



SCHEMA EMPRUNTE A SCHOPS

C. Le cancer ulcéré pose en fait le véritable problème.

. L'examen clinique n'a aucune valeur en dehors de la découverte de métastases en effet :

. certains cancers font parler d'eux avec une double périodicité.

. à l'opposé, il est des formes cachectisantes d'ulcère sous cardiaque.
Certains de nos malades avaient ainsi perdu plus de 10 kilos.

. La gastroscopie peut apporter des éléments de valeur, le cancer donnant un cratère irrégulier déformé, sanieux, induré, infiltré. Mais le caractère polymorphe de l'ulcère et la réaction oédémateuse peuvent simuler un tel aspect.

. La radiographie a plus d'importance

a) certes on oppose typiquement addition et soustraction.

b) en fait, la plupart des ulcères sont accompagnés de réaction oédémateuse trompeuse, et de même certains cancers donnent une image en saillie.

c) et si :

. l'absence de déviation de distorsion de la colonne barytée.

. l'absence de rigidité du bas oésophage qui est souvent infiltré dans les néos de la région

. le caractère bien centré au sein de l'oédème d'une niche à contours nets

sont des éléments de poids en faveur de la bénignité.

d) seul le test radio clinique a une réelle valeur diagnostique :

- une niche qui disparait est bénigne

- une niche qui résiste au traitement médical bien conduit doit être considérée comme suspecte.

e) Mais le problème qui se pose au chirurgien est délicat dans la mesure où justement nombre de cas lui sont adressés parce que :

- l'ulcère résiste au traitement médical.

- il y a suspicion de lésion néoplasique.

C'est donc au cours de l'intervention qu'il faudra affirmer l'un ou l'autre. L'examen macroscopique est parfois suffisant mais il est souvent trompeur : l'ulcère a en effet un aspect calleux. Il s'accompagne volontiers de réaction oédémateuse, d'adénopathies ; il adhère souvent aux organes de voisinage et on a l'impression d'une grosse masse tumorale infiltrée.
Si bien qu'en fin de compte, le dernier mot doit revenir à l'anatomopathologiste ; et l'examen histologique extemporané nous a permis huit fois la certitude de bénignité.

En terminant cette étude diagnostique, il nous a paru intéressant de soulever un problème différent : celui de l'attitude thérapeutique à avoir lorsque on a fait une gastrectomie partielle croyant à une lésion bénigne, et que l'examen histologique revient plus tard avec le diagnostic de carcinome. Obs. 48.49.

Nous pensons que si la coupe passe en tissu sain, on peut s'en tenir là ; en effet :

- si dans les néos de l'antre nous penchons plutôt pour une gastrectomie totale,

- dans les néos du cardia, c'est en règle à une gastrectomie partielle que nous avons recours.

PLANCHE IV

FACE

PROFIL

Intéret de la radio de profil pour le diagnostic différentiel entre ulcère et diverticule (Obs.nº 24)

PLANCHE V

Image prise pour une niche bénigne..... en fait néo (obs. nº 49)

CHAPITRE V

TRAITEMENT

- Le traitement médical ne nous retiendra pas. Identique à celui des autres localisations de la maladie, il permet lorsqu'il est bien conduit de guérir environ 50 % des ulcères de la région cardiale.

- Nous nous attacherons plutôt à rappeler les possibilités et les indications chirurgicales de ces ulcères qui ont en commun d'échapper à la gastrectomie des 2/3 habituelle.

I - Méthodes.

De nombreuses interventions ont pu être proposées, palliatives ou radicales.

A. Les interventions palliatives laissent l'ulcère en place

1) La pylorectomie, la gastroenterostomie et la gastrostomie transpylorique ont amené de leur temps des résultats qualifiés d'excellents. Améliorant le drainage gastrique, elles peuvent en effet guérir certains ulcères. Néanmoins elles ne sont plus guère utilisées que dans les mauvais cas chirurgicaux.

2) La vagotomie associée à une intervention de drainage a pu être proposée :

Elle agit de plusieurs façons

. amélioration du drainage

. diminution de l'acidité

. réduction de la sensibilité des cellules pariétales à la gastrine.

Mais

a) La vagotomie ne parait pas le traitement le plus logique d'une lésion secondaire à une défaillance des mécanismes de défense de la muqueuse et non pas à une hyperacidité.

b) sa réalisation n'est pas forcément simple dans une région remaniée par la maladie ulcéreuse.

c) Les troubles fonctionnels qu'elle entraîne ne sont pas toujours négligeables.

3) La gastrectomie sous-ulcéreuse dite pour exclusion de KELLING-MADLENER

a) Elle

. enlève la zone reflexogène et diminue ainsi l'acidité

. améliore l'évacuation gastrique

b) Mais elle n'exclue en rien l'ulcère qu'elle peut laisser évoluer.

c) Et surtout elle partage avec les précédentes le reproche qui doit à notre sens les faire condamner, au moins dans la chirurgie réglée : laissant l'ulcère en place, elles ne peuvent corriger un diagnostic erroné et risquent ainsi de laisser évoluer un cancer.

Ces interventions palliatives sont donc illogiques ; elles peuvent être aussi dangereuses.

B. Les interventions radicales.

Elles répondent au double but :

- réduction de l'acidité
- ablation de l'ulcère

1) La gastrectomie totale est une mutilation grave et en règle inutile. Elle est unanimement rejetée comme intervention de principe. Seule une nécrose du moignon restant l'impose.

2) A l'opposé, la gastrectomie partielle atypique de l'ulcère parait insuffisante . Ce peut être un geste salvateur chez un malade à l'état général déplorable. Mais elle ne met pas à l'abri du risque de reprise de la maladie ulcéreuse.

3) Restent deux types d'intervention qui se sont partagé nos préférences dans cette série : la gastrectomie polaire supérieure, et la gastrectomie distale subtotale.

a) La gastrectomie polaire supérieure :

. Elle consiste à enlever la moitié supérieure de l'estomac et le cardia, le rétablissement de la continuité étant fait par anastomose oeso. antrale

. Ses avantages sont indéniables.

En effet :

. Elle répond aux impératifs d'une bonne intervention en enlevant l'ulcère et en réalisant une anacidité pratiquement totale par ablation de la 1/2 supérieure de l'estomac et par la vagotomie qui lui est obligatoirement associée.

. Elle conserve un moignon gastrique suffisant tant au point de vue fonctionnel que biologique.

. Enfin elle ne perturbe pas le circuit duodénal .

. Mais on peut lui reprocher

. d'être une intervention importante

. d'associer les inconvénients fonctionnels d'une gastrectomie et d'une vagotomie

. d'exposer enfin au reflux gastro-oesophagien et à l'oesophagite peptique

. Sa voie d'abord mérite aussi d'être discutée : thoracique ou abdominale.

. La voie thoracique a 3 avantages principaux :

. par sa meilleure exposition et la plus grande aisance de manoeuvres opératoires, elle facilite la dissection s'il existe des remaniements de la région cardiale , des adhérences d'un ulcère perforé bouché dans un pilier.

. elle rend beaucoup plus facile l'anastomose oeso-antrale.

. elle seule permet la confection d'un mécanisme antireflux : anastomose continente.

Mais

elle ajoute les implications et les complications d'une thoracotomie

elle rend parfois périlleuse la pyloroplastie nécessitée par la vagotomie.

. La voie abdominale garde nos préférences

. Avec un bon rétracteur costal et un peu d'expérience de la chirurgie de l'oesophage abdominal elle rend possible la majorité des dissections et des anastomoses.

. La pyloroplastie est rendue très aisée.

. Les suites opératoires sont nettement plus simples.

b) La gastrectomie distale est le plus souvent possible.

1. soit gastrectomie de type habituel mais plus poussée vers le haut : gastrectomie subtotale. Parce qu'elle est bien codifiée et surtout connue de tous, on pourrait lui donner la préférence.

Mais :

- elle nécessite souvent la mobilisation du moignon gastrique et un sacrifice vasculaire important, tous gestes exposant à une nécrose du moignon restant

- et surtout elle se rapproche dangereusement de la gastrectomie totale pour ce qui est des suites fonctionnelles et nutritionnelles, et ce d'autant plus que le rétablissement de la continuité sera souvent fait par anastomose gastro-jéjunale.

2. soit surtout gastrectomie en gouttière bien codifiée en France par V. PAUCHET et R. TOUPET.

Nous la considérons comme la meilleure car :

- elle enlève . la lésion

. et la presque totalité de la muqueuse antrale fonctionnelle

- et en même temps elle laisse un réservoir gastrique suffisant,

Elle est toujours possible si l'ulcère siège à 2 centimètres au moins de l'orifice du cardia. Cependant la réaction scléro-inflammatoire très fréquente, l'infiltration du petit épiploon rendent souvent cette appréciation difficile, et les rapports entre le cardia et l'ulcère ne seront bien précisés que l'estomac ouvert : on voit alors les deux orifices voisins : l'orifice oesophagien et l'ulcère lui-même . Ce même artifice sera des plus utiles pour guider la coupe gastrique.

La conduite de l'intervention peut être ainsi brièvement résumée :

Après coeliotomie médiane sus-ombilicale et exposition de la région par un écarteur sous-costal :

1) Section du ligament triangulaire gauche du foie, incision du péritoine sous diaphragmatique et isolement du bas oesophage sur un lac. Ce temps donnera beaucoup plus d'aisance par la suite.

2) Libération de la grande courbure .

3) Ligature du pédicule pylorique

4) Section du duodénum

5) Ligature haute du pédicule coronaire et préparation habituelle d'un très court segment de petite courbure au-dessus de l'ulcère.

6) Incision de la paroi gastrique. Celle-ci devra être menée de gauche à droite. La tranche gastrique antérieure étant repérée et soulevée, la coupe sera conduite selon une courbe

concave à droite qui aboutira juste au dessus du cratère ulcéreux au raz de ce dernier. La tranche postérieure sera à son tour sectionnée de la même façon. Il est prudent avant de séparer totalement la pièce, de repérer et d'amarrer la petite courbure juste au dessus de la coupe.

7) L'intervention sera terminée comme il est habituel :

- confection d'une gueue de raquette
- anastomose gastro jéjunale ou mieux gastro duodénale rétablissant le transit normal.

8) Enfin on s'attachera à faire une réfection aussi soigneuse que possible de l'hiatus oesophagien : précaution importante sur laquelle a insisté notre Maître le Professeur LORTAT JACOB.

Ainsi conduite, avec un bon écarteur exposant bien la région telle qu'un rétracteur costal, cette intervention n'est guère plus difficile que la gastrectomie habituelle : c'est dire que ses avantages sont indiscutables.

Mais :

- elle peut être impossible à faire si l'ulcère siège trop proche du cardia,

- sa réalisation peut ne pas être facile et les difficultés techniques amener à terminer par une gastrectomie totale en cas de nécrose du moignon restant.

II - Indications

Comme pour les autres localisations, l'indication chirurgicale sera posée devant :

- l'échec d'un traitement médical bien conduit,
- la récidive à court terme,
- l'ancienneté de l'histoire clinique témoignant de l'évolutivité de la maladie dont on sait, pour cette localisation, la plus grande fréquence des complications,
- une complication aiguë en particulier hémorragie qui peut d'ailleurs forcer la main en urgence,
- enfin très souvent la crainte de laisser évoluer un cancer.

La taille de l'ulcère ne doit pas être retenue en elle-même. Nous avons vu que dans cette région il s'agissait souvent de cratères géants qui paradoxalement réagissent bien au traitement médical.

D'après WELSCH 3/4 des malades seraient justiciables de l'intervention.

Dès lors que faut-il proposer ?

Nous avons dit combien nous paraissaient illogiques et dangereuses les interventions palliatives et combien nos préférences allaient vers la gastrectomie distale en particulier en gouttière et la gastrectomie polaire supérieure.

Des arguments qui feront choisir l'une ou l'autre, le plus important était classiquement la distance qui sépare le cratère ulcéreux de l'orifice oesophagien :

- si elle excédait 2 centimètres, on optait pour une gastrectomie distale en gouttière,

- sinon on recourait à la gastrectomie polaire supérieure.

En fait à la lumière de cette étude, il semble que l'on puisse étendre l'indication de la gastrectomie en gouttière. Il suffit en effet ici à avoir juste le tissu suffisant pour fermer la queue de raquette sans léser le cardia pour la réaliser théoriquement.

Si bien que, à part pour les ulcères siégeant à l'orifice même de l'oesophage où la gastrectomie polaire supérieure s'impose, l'indication dépend à notre avis plus de la morphologie du sujet et de la région cardiale :

- ou bien on peut mener à bien une intervention par voie abdominale et on fera une gastrectomie en gouttière,

- ou bien on est obligé de passer par voie thoracique, et on fera une gastrectomie polaire supérieure.

- Cas particuliers :

1 - La gastractomie totale n'est indiquée que dans des circonstances très particulières :

- soit liées à l'aspect évolutif de la maladie : syndrome de Zollinger - Ellison,

- soit liées à des conditions anatomiques ou techniques : nécrose du moignon ou mauvais état des tuniques gastriques rendant aléatoire une anastomose alors qu'on projetait de faire une gastrectomie distale.

2 - La gastrectomie partielle atypique : en particulier résection en selle de l'ulcère peut être indiquée :

- dans la chirurgie d'urgence lorsqu'on hésite à faire un geste important,

- et surtout dans cette forme particulière qu'est l'ulcère du collet. Le traitement idéal dans ce cas nous paraît en effet la réduction de la hernie, la résection en selle de l'ulcère, la fermeture de l'hiatus oesophagien et la reconstitution de l'angle de His.

III - Etude synoptique du traitement des différents cas analysés :

Elle sera brièvement résumée dans les tableaux qui vont suivre.

Malheureusement, les résultats au long cours sont impossibles à évaluer. Trop de malades ont été totalement perdus de vue, et si nous avons envoyé des questionnaires (trop longs peut être ?) à chacun des survivants, quatorze réponses seulement nous sont parvenues incomplètes ou imprécises trop souvent.

WELSCH estime les résultats à :

14 % de mortalité dans la chirurgie de règle

25 % dans la chirurgie d'urgence.

TABLEAU I

MALADES AYANT EU UNE GPS. : 9

Obs	Voie d'Abord	Suites Immédiates	Suites Tardives
6	Abdomino-thoracique	Epanchement pleural	Revu 3 ans après, allait bien mais sténose du pylore. N'a pas eu de pyloroplastie
10	Thoracique	d.c.d. 12e heure embolie pulm. massive	
11	Abdominale pure en période hémorragique	d.c.d. 2e jour. Grand symptôme asphyxique ayant nécessité une trachéotomie	
18	Thoraco-abdominal	d.c.d. 7e jour - Dyspnée plus collapsus, fiscule ?	
19	Thoraco-abdominal	d.c.d. 48e heure - Fistule	
33	Abdominale	simples	A été revu 2 ans après pour infarctus du grêle Suites simples
36	Thoracique	Ictère à bilirubine mixte	S'estime actuellement amélioré mais non guéri A repris 8 kg
40	Thoracique	Simple	d.c.d. en 1966 Aucun détail
43	Abdominale	d.c.d. au 10eme jour Fistule	

Malgré l'expérience des opérateurs, cette intervention nous a donné de mauvais résultats :

- 5 morts immédiates
- Les 4 autres ont eu un résultat satisfaisant.

Ceci contraste avec l'étude de Holle qui en 1968 publiait 33 G.P.S. pour ulcère sous cardial avec un seul mort et peu d'oesophagite.

TABLEAU II

MALADES AYANT EU UNE GASTRECTOMIE SUBTOTALE

OBSERVATIONS		8, 9, 13, 16, 17, 20, 21, 26, 27, 28, 38, 39, 42	13 cas
Mortalité Immédiate		27 fistules - 8e jour 38 à la 24e heure	2 cas
SUITES TARDIVES	perdus de vue	8, 9, 16, 17, 20, 21, 26, 39, 42.	9 cas
	s'estiment guéris	28 : aux dires du médecin	1 cas
	s'estiment améliorés		
	pas de changement		
	d.c.d. ultérieurement	13 - pas de détail	1 cas

TABLEAU III

MALADES AYANT EU UNE GASTRECTOMIE EN COCHERE

OBSERVATIONS	Anastomose G.D.	14, 15, 22, 23, 25, 29, 30, 32, 34, 35, 37, 41, 45, 47	14 cas
	Anastomose G.J.	1, 2, 3, 4, 7, 12, 46	7 cas
MORTALITE IMMEDIATE		37 au 6e jour - tableau asphyxique	1 cas
SUITES IMMEDIATES	perdus de vue	1, 2, 4, 7, 14, 23, 30, 32, 35, 45, 47	11 cas
	s'estiment guéris	12 - 34 (enthousiaste.), 41	3 cas
	S'estiment améliorés	25, 46	2 cas
	Pas de changement		
	D.C.C. ultérieurement	3 - pas de détail 15 d.c.d. le 14.1.68 "cirrhose" 22 il y a 2 ans - pas de détail	3 cas

TABLEAU IV

ETUDE DES DECES IMMEDIATS

Identité	C. R. O.	Date	Cause
Obs. 10 O 63 ans	G.P.S.	12e heure	Embolie pulmonaire massive vérifiée
Obs. 11 O 45 ans	G.P.S.	3e jour	Syndrome asphyxique, Trachéotomie "poumons bleus" en nécropsie
Obs. 17 O 66 ans	G.P.S.	7e jour	Dyspnée, fièvre, collapsus évoquant une fistule, pas de vérification.
Obs. 19 O 66 ans	G. P. S.	48e heure	Fistule oeso- pleurale
Obs. 27 O 63 ans	Subtotale	8e jour	Fistule
Obs. 37 O 74 ans	P. T. P.	6e jour	Grand tableau asphyxique Pas de vérification
Obs, 38 O 68 ans	Subtotale	24e heure	Pas de détail dans l'observation
Obs, 43 O 57 ans	G.P.S.	10e jour	Fistule

CHAPITRE VI

RESUME SUCCINT DES OBSERVATIONS

- Obs. 1 -

Mme JOU..... Alphonsine - 79 ans

- souffre depuis 7 ans : douleurs épigastriques à double périodicité,

- niche de Haudeck de la partie haute de la P. C.

- indication chirurgicale : résistance au traitement médical,

- C.R.O. 10.2.56 (Pr. J.L.L.J.) P.T. Pean

- Suites immédiates simples - non revue.

- Obs. 2 -

Mr ARD... Emilio - 69 ans

- souffre depuis 11 ans : douleurs épigastriques précoces à double périodicité,

- Niche géante en 1/3 sup. de la PC + niche pylorique

- Indication chirurgicale : résistance au traitement médical,

- C.R.O. 26.1.57 (Pr. J.L.L.J.)P.T. Finsterer (biopsie extemporanée)

- suites immédiates simples - perdu de vue.

- Obs. 3 -

Mr. DEB..... Gaston - 62 ans

- douleurs épigastriques atypiques continues depuis 2 ans + 2 hématémèses. A maigri de 13 kgs

- niche (pièce de 1 fr) 1/3 sup. de la P.C.

- indication chirurgicale : hématémèse,

- C.R.O. 1.3.1957 à distance de la 2e hématémèse (Prof. J.L.L. J.) P.T. Finsteur

- suites immédiates simples. Perdu de vue et DCD depuis Pas de détail.

- Obs. 4 -

Mr. HAU... Anselme - 52 ans

- douleurs pseudo-angineuses depuis 3 ans - aucune périodicité - 1 hématémèse en 56.

- niche (pièce de 1 fr) 1/3 sup. de la PC ± K

- indication chirurgicale : résistance au traitement médical Hématémèse - doute diagnostique

- C.R.O. 3.4.1957 (J.N.M.)P.T. Finsterer

- suites immédiates simples - Perdu de vue.

- Obs.5 -

Mme COC... Voctorine - 58 ans

- douleurs épigastriques à irradiations hautes depuis 3 ans, amaigrissement de 18 kgs - 1 hématémèse.

- niche du 1/4 sup. de la P.C.

- indication chirurgicale : importance des douleurs,

- C.R.O. 9.5.1957 (Prof. J.L.L.J.) gastrectomie partielle + Dragstedt

- suites immédiates simples : DCD de "crises cardiaques" le 6.3.69. Etait guérie aux dires de sa fille.

- Obs. 6 -

Mr. HAR.... Ernest - 44 ans

- souffre depuis 1 an : Symptomatologie de H.H. douloureuse

- niche dans H.H.

- Indication opératoire : intensité des douleurs,

- C.R.O. 10.7.1957 (prof. J.L.L.J.) dissection impossible par voie abdominale - G.P.S. par voie thoracique,

- suites immédiates : épanchement pleural - Perdu de vue.

- Obs. 7 -

Mr. LEC... Jean - 53 ans

- souffre depuis 4 ans : douleurs tardives sans périodicité calmées par l'alimentation,

- niche 1/3 sup. de la P.C. + niche pylorique

- indication opératoire : résistance à un traitement médical bien conduit,

- C.R.O. 4.12.1957 (C.A.R.) P.T. Finsterer + Dragstedt

- suites immédiates simples : perdu de vue.

- Obs. 8 -

Mr. GRO... Louis - 63 ans

- Meloena révélateur il y a 4 ans + douleurs épigastriques,

- niche en plateau encastrée du 1/3 sup. de la P.C.

- indication opératoire : résistance au traitement médical doute diagnostique ± K

- C.R.O. 7.12.57 (J.N.M.) voie thoracique extemporanée subtotale - Finsterer

- suites immédiates simples - non revu.

- Obs. 9 -

Mr. DUR... Charles - 43 ans

- douleurs épigastriques non systématisées depuis 3 ans amaigrissement de 14 kgs

- niche du 1/3 supérieur de la face postérieure,

- ulcère vu en gastroscopie (1 cm, 5 x 1)

- indication opératoire : résistance au traitement médical,

- C.R.O. 15.7.58 (J.N.M.) gastrectomie étendue Finsterer ulcus duodénal associé,

- suites immédiates simples - Perdu de vue.

- Obs. 10 -

Mr. LIL... Pierre - 63 ans

- dysphagie + 2 hématémèses,

- image radiologique du néo du 1/3 inf. de l'oesophage,

- C.R.O. 3.1.59 (C.A.R.) Sweet, découverte fortuite d'un ulcère sous cardial

- DCD à la 12 e heure. Embolie pulmonaire massive.

- Obs. 11 -

Mr. DUH... Roland - 45 ans

- Hématémèse inaugurale opérée en période hémorragique,

- pas de radio,

- C.R.O. 6.2.59 (Pr. J.N.M.) extemporanée G.P.S.
- DCD le 3e jour "poumons bleus" à la nécropsie.

- Obs. 12 -

Mr. DUC.... Albert - 37 ans

- souffre depuis 2 ans : douleurs périodiques précoces à type de crampes,
- petite niche juste sous le cardia,
- indication opératoire : récidive après traitement médical,
- C.R.O. (Prof. J.L.L.J.) P.T. Polya
- suites immédiates simples
- en 1969, s'estime guéri - a repris 5 kg.

- Obs. 13 -

Mr. DEF.... Norbert - 61 ans

- symptomatologie de H.H. non douloureuse,
- ulcère non visible radiologiquement,
- indication opératoire : H.H. réagissant mal au traitement médical + meloena
- C.R.O. 28.7.1959 (CAR) reposition + gastrectomie subtotale - Pean
- suites immédiates simples,
- DCD le 28.3.60. Sans détail.

- Obs. 14 -

Mr. LET..... Georges - 60 ans

- souffre depuis 2 ans 1/2, douleurs épigastriques à irradiations ascendantes : crampes,
- niche (3 cm x 1) versant ant. de la PC haute,
- la gastroscopie n'avait pas montré l'ulcère,
- indication opératoire : aucune amélioration sous traitement médical ,
- C.R.O. 22.10.59 (Pr. J.L.L.J.) P.T. Pean
- suites immédiates simples - perdu de vue

- Obs. 15 -

Mr. BUR..... Fernand -64 ans

- souffre depuis 2 ans : douleurs rétroxyphoïdiennes précoces à irradiations sous costales, à double périodicité,

- radio : H.H. + niche

- indication opératoire : récidive sous traitement anti-ulcéreux,

- C.R.O. Pr. J.L.L.J., P.T. Pean,

- suites immédiates simples,

- revu 2 ans après en 1961, pour contrôle - allait bien,

- DCD le 14.1.68 "d'une cirrhose" aux dires de sa femme.

- Obs. 16 -

Mr. BAR..... Henri - 77 ans

- souffre depuis 8 mois : douleurs épigastriques, atypiques anorexie, meloena, amaigrissement de 12 kg,

- niche de la P.C. haute,

- indication opératoire : meloane,

- C.R.O. 1.2.1960 (CAR) extemporané. Subtotale Péan

- suites immédiates simples : Perdu de vue.

- Obs. 17 -

Mr. VER..... - 54 ans

- souffre depuis 4 ans : douleurs épigastriques irradiant à l'épaule gauche. Hématémèse,

- grosse niche de la P.C. sous tubérositaire,

- indication opératoire : résistance au traitement médical,

- C.R.O. 19.2.1960 (CAR) subtotale,

- suites immédiates simples - perdu de vue.

- Obs. 18 -

Mr. JU..... Charles - 66 ans

- douleurs thoraciques depuis 3 mois + hématémèse,

- grosse niche de la PC haute $\pm$ K

- indication opératoire : résistance au traitement médical diagnostic douteux,

- C.R.O. 2.9.60 (F.F.) G.P.S.

- DCD 7e jour - dyspnée, collapsus et hyperthermie évoquant un lachage de suture - pas de vérification.

- Obs. 19 -

Mme LAH.... Madeleine - 66 ans

- depuis 2 mois dysphagie, régurgitation + meloena,

- H.H. + gros ulcère du collet,

- indication opératoire H.H. + meloena,

- C.R.O. (J.N.M.)impossibilité de faire la reposition + excision projetée, la région ulcéreuse formant une grosse masse pseudo néophasique. Extemporané G.P.S. de réalisation difficile.

- DCD à la 48e heure : fistule oesophago-pleurale.

- Obs. 20 -

Mme MER.... Fanny - 75 ans

- souffre depuis 4 ans : douleurs épigastriques périodiques + vomissements,

- volumineuse niche de la P.C. haute + sténose médio-gastrique,

- indication opératoire : résistance au traitement médical,

- C.R.O. (Dr. Darcy) subtotale Pean

- suites immédiates simples -perdue de vue.

- Obs. 21 -

Mr. HA..... Virgile - 76 ans

- hématémèse inaugurale,

- niche de la P.C. haute,

- indication opératoire : hémorragie,

- C.R.O., 5.4.61 (15 jours après l'hématémèse)

- J.N.M. subtotale Péan,

- suites immédiates simples,

- revu 2 ans après en excellent état.

- Obs. 22 -

Mr. LAB.... André - 39 ans

- souffre depuis 3 ans : douleurs épigastriques précoces, vomissements, amaigrissement de 15 kg - hématémèse,

- niche de la P.C. haute,

- vu en gastroscopie,

- indication opératoire : hémorragie sous traitement médical,
- C.R.O. 24.5.62 : CAR : P.T. Péan, suites immédiates simples,
- DCD en 1967, pas de détail,

- Obs. 23 -

Mme RAY..... Marthe - 57 ans

- souffre depuis 1 an - douleurs dorsales,
- volumineuse niche sous cardiale,
- indication opératoire : résistance au traitement médical,
- suites immédiates simples,
- H.H. 2 ans après : reposition,
- Perdue de vue.

- Obs. 24 -

Mr. DAR..... Roger, 41 ans

- douleurs abdominales atypiques, déjà opéré en janvier 1961 à Brest : résection simple d'un ulcère sous cardial car tuberculeux grave, pneumonectomie gauche.
- volumineuse niche sous cardiale,
- indication opératoire : récidive + hématémèse,
- C.R.O. le 26.10.1961 (Pr. J.L.L.J.) gastrectomie atypique,
- suites immédiates simples - Perdu de vue.

- Obs. 25 -

Mr. ZIN..... Constant - 56 ans

- se plaint depuis 6 mois de gêne épigastrique,
- très volumineuse niche ± K sous cardiale,
- cardia infranchissable en gastroscopie,
- indication opératoire : doute diagnostique,
- C.R.O. 25.5.62 (Dr.Heronce) P.T. Péan,
- suites immédiates simples,
- en 1969, s'estime amélioré mais non guéri, a encore quelques troubles digestifs non systématisables.

- Obs. 26 -

Mr. MAR..... Valentin - 43 ans,

- se plaint depuis 3 ans de douleurs épigastriques non systématisées, 1 hématémèse,

- niche de la partie haute de la P. C.

- indication opératoire : hématémèse,

- C.R.O. 11.7.62 (Dr. Godefroy) gastrectomie subtotale Péan,

- suites immédiates simples - Perdu de vue.

- Obs. 27 -

Mr. DUR..... Joseph - 63 ans,

- douleur épigastrique à double périodicité + hématémèse,

- niche de la P. C. haute,

- indication opératoire : en urgence pour hémorragie,

- C.R.O. 9.10.62 (Dr. Godefroy) subtotale Péan,

- fistule post-opératoire au 8e jour.

- DCD

- Obs. 28 -

Mme THI..... Andréa - 62 ans

- douleurs épigastriques atypiques depuis 1 an,

- volumineuse niche de la partie supérieure de la face postérieure de l'estomac,

- indication opératoire: résistance au traitement médical,

- C.R.O. (Pr. J.L.L.J.) subtotale Péan,

- suites immédiates simples,

- guérie d'après son médecin en 1969.

- Obs. 29 -

Mme HO..... Agnès - 65 ans

- douleurs à irradiations hautes depuis 2 ans, meloena +hématémèse,

- niche de la face antérieure de la grosse tubérosité $\pm$ K

- indication opératoire : doute diagnostique,

- C.R.O. 19.6.63 (Pr. J.L.L.J.) extemporané P.T. Péan,

- suites immédiates simples,

- DCD en juin 64 d'un hématome extra dural.

- Obs. 30 -

Mr. PRU.... Edmond - 69 ans

- Dysphagie + douleurs épigastriques depuis 2 mois,
- Niche ± K sous cardiale,
- indication opératoire : doute diagnostique,
- C.R.O. 13.9.63 . F.F. P.T.Péan
- suites immédiates très simples,
- perdu de vue.

- Obs. 31 -

Mme PEC.... Henriette - 51 ans

- douleurs épigastriques constrictives depuis 1 an,
- H.H. para oesophagienne + niche de Haudeck du collet,
- indication opératoire : douleurs très intenses,
- C.R.O. 17.1.64, CAR, reposition + résection en selle + pyloroplastie,
- suites immédiates très simples,
- s'estime guérie en 69, a repris son travail.

- Obs. 32 -

Mme DET..... Julie - 56 ans

- Symptomatologie de H.H.
- H.H. par glissement + image opaque suspecte d'ulcère du collet,
- indication opératoire H.H. + ulcère,
- C.R.O. 24.3.64, F.F. ulcère sous cardial et non du collet + ulcère prépylorique, P.T. Péan,
- suites immédiates simples,
- Perdue de vue.

- Obs. 33 -

Mr. DAV..... Robert, 68 ans

- souffre depuis 4 ans de douleurs épigastriques précoces à double périodicité, amaigrissement de 7 kg,
- grosse niche sous cardiale,
- indication opératoire : ulcère rebelle au traitement médical,
- C.R.O. 11.6.64, J.N.M., extemporané G.P.S. + pyloroplastie,

- suites immédiates simples,

- revu en 1966, pour infarctus mésentérique ayant nécessité la résection de 40 cms du grêle. Allait bien par ailleurs.

- Obs. 34 -

Mr. MOR..... André - 65 ans

- souffre depuis 20 ans de douleurs épigastriques tardives à double périodicité, amaigrissement de 11 kg,

- niche postérieure de la P.C. sous cardiale,

- indication opératoire : ulcère rebelle à un traitement médical bien conduit,

- C.R.O. 10.9.64, Prof. J.L.L.J. P.T. Péan,

- suites immédiates simples,

- à répondu au questionnaire. Est enthousiaste "a retrouvé gout à la vie", a repris son travail, a grossi de 12 kg.

- Obs. 35 -

Mr. BON..... François - 60 ans

- souffre depuis 18 mois de douleurs épigastriques précoces à double périodicité, diarrhée importante, amaigrissement de 16 kg.,

- niche de la P.C. haute,

- indication opératoire : ulcère rebelle au traitement médical,

- C.R.O. 25.3.65 (Dr. Ph.Goutallier) extemporané. P.T. Péan,

- suites immédiates marquées par un écoulement abondant par le drain sous hépatique ayant fait craindre une fistule,

- perdu de vue.

- Obs. 36 -

Mr. AUB..... Roger, 64 ans

- souffre depuis 18 mois de douleurs épigastriques précoces à double périodicité. A saigné à 5 reprises. Avait subi ailleurs en janvier 65 en période hémorragique une excision simple de l'ulcère. Récidive nouvelle hémorragie - 2 mois après.

- a maigri de 16 kg

- grosse niche de Haudeck de la grosse tubérosité,

- indication opératoire : récidive après excision,

- C.R.O. 1.6.65, CAR, GPS + décortication pleurale + splénopancréatectomie gauche (hématome sous phrénique gauche en voie de suppuration,

- suites immédiates troublées par un ictère à bilirubine mixte,

- s'estime amélioré seulement.

- Obs. 37 -

Mme DER..... Denise - 74 ans

- pas de symptomatologie douloureuse mais hématémèse,

- niche de Haudeck de la partie haute de la face postérieure de l'estomac,

- vu en gestroscopie,

- indication opératoire : hématémèse,

- C.R.O. 12.8.65 (Dr. Goyer) P.T. Péan,

- suites immédiates simples jusqu'au 6e jour où la malade décède dans un grand tableau esphyxique.

- Obs. 38 -

Mr. BOU..... André - 68 ans

- souffre depuis 6 semaines de dysphagie, régurgitation et sialhorrée, a maigri de 6 kg,

- niche irrégulière de la région cardiale, faisant porter le diagnostic de néo,

- C.R.O. 7.9.65, J.N.M., voie thoraco abdominale. Il s'agit d'un ulcère gastrectomie subtotale distale,

- DCD à la 24e heure, pas de nécropsie.

- Obs. 39 -

Mr. VAD.... Emile - 57 ans

- douleurs épigastriques à double périodicité,

- niche sous cardiale + malposition cardio-tubérositaire,

- indication opératoire : rebelle au traitement médical,

- C.R.O. 20.10.65, F.F. gastrectomie subtotale distale + reposition, malade opéré sous engström car grand insuffisant respiratoire,

- suites immédiates : pneumothorax bilatéral exsufflé, puis simples,

- revu en 67 pour occlusion sur bride, allait bien par ailleurs.

- Obs. 40 -

Mr. POI.... Fernand - 66 ans

- se plaint depuis 3 ans de dysphagie et de douleurs épigastriques à type de crampes, a maigri de 11 kg.

- lésion radiologique présumée maligne du cardia,

- indication opératoire : néo du cardia,

- C.R.O. 26.11.65 (Dr. J.P. Clot$ Sweet palliatif car métastase hépatique,

- C.R. histologique, ulcère bénin,

- suites immédiates simples,

- DCD le 29.5.66 - pas de détail.

- Obs; 41 -

Mme BR..... Cécile - 69 ans

- douleurs épigastriques atypiques,

- niche de la P.C. haute,

- indication opératoire : rebelle au traitement médical,

- C.R.O. 5.1.66, Pr. J.L.L.J., P.T. Péan,

- suites immédiates simples,

- s'estime guérie en 1969

- Obs. 42 -

Mr. COE.... Lucien - 40 ans

- souffre depuis 7 ans de douleurs épigastriques à double périodicité,

- volumineuse niche de la partie haute de la PC,

- indication opératoire: rebelle au traitement médical bien conduit,

- C.R.O. 11.3.66 (Dr. Bahadoran) gastrectomie subtotale distale,

- suites immédiates simples - perdu de vue.

- Obs. 43 -

Mr. CA..... Maurice - 57 ans

- souffre depuis 8 mois de douleurs épigastriques précoces, obèse, éthylique, 4 hématémèses en un mois,

- pas de varices oesophagiennes mais niche antrale,

- indication opératoire : hématémèses,

- C.R.O. 22.11.66 en période hémorragique, F.F., G.P.S. pour ulcère sous cardial, pyloroplastie,

- éviscération au 5e jour, pas de fistule,

- septicémie à proteus,

- seconde éviscération au 10e jour - fistule - DCD

- Obs; 44 -

Mme GA..... Yvonne - 70 ans

- souffre depuis 1 mois de douleurs épigastriques tardives,

- H.H. +ulcère du collet à la radio,

- indication opératoire : hernie + ulcère,

- C.R.O. 9.12.66 (Pr. J.L.L.J.) excision + reposition du cardia ;

- suites immédiates simples - perdue de vue.

- Obs. 45 -

Mr. DUC..... Charles - 50 ans

- souffre depuis 6 ans de douleurs épigastriques à double périodicité,

- niche de la partie haute de la P.C.

- indication opératoire : rebelle au traitement médical,

- C.R.O. 28.6.68 (Dr. Delaitre) P.T. Péan,

- suites marquées par un meloena au 10e jour cédant spontanément,

- et une suppuration pariétale.

- revu 6 mois après pour éventration, cure, plaie colique, fistule colique.

- Obs. 46 -

Mr. PER..... Marcel - 43 ans

- hématémèse révélatrice,

- niche de Haudeck sous cardiale,

- C.R.O. 12.7.68 (Pr. J.L.L.J.) P.T. Finsterer + cholécystectomie et anastomose cholédoco-duodénale pour pancréatite chronique,

- s'estime amélioré seulement.

- Obs. 47 -

Mr. JA.... Paul - 54 ans

- souffre depuis 2 ans de douleurs épigastriques à double périodicité, amaigrissement de 7 kg,

- niche de la PC haute + niche pylorique,

- indication opératoire : association présumée de 2 ulcères gastriques,

- C.R.O. 14.6.66, CAR, P.T. Péan, (pas d'ulcère pylorique)

- suites immédiates simples - Perdu de vue.

- Obs. 48 -

Mr. EV.....

- a présenté cinq hématémèses entre 55 et 60

- niche de la PC haute,

- gastroscopie ne peut trancher entre bénin et malin,

- indication opératoire : hématémèse, doute diagnostique,

- C.R.O. 5.11.60, J.L.L.J., semble bénin, P.T. Péan,

- C.R. histologique, carcinome,

- revu en 1963, avec une ascite, laparoscopie normale.

- n'a pas été revu.

- Obs. 49 -

Mr. EL..... François - 54 ans

- souffre depuis 12 ans de douleurs épigastriques précoces, à double périodicité,

- niche sous cardiale découverte en 55, ne régressant pas sous traitement médical en 55, 62 et 63.

- gastroscopie : échec,

- indication opératoire : rebelle au traitement médical,

- C.R.O. 16.8.63, F.F., P.T. Péan,

- C.R. histologique, carcinome + métastases histologiques,

- suites immédiates simples,

- revu en oct. 64, anastomose oeso-jéjunale palliative, métastases généralisées, en mars 65, métastases osseuses.

oOo

CONCLUSION

Les ulcères de la région cardiale nous ont paru mériter une individualisation à plus d'un titre.

Ils se développent en effet dans une région :

- aux fonctions digestives peu marquées,
- dont l'étude clinique ne peut être qu'indirecte,

dont l'examen radiologique est fort complexe,

- surtout enfin qui échappe au traitement chirurgical habituel de l'ulcère : la gastrectomie des 2/3.

Ce travail repose sur l'analyse des ulcères sous cardiaux traités dans le service de notre maître le Professeur LORTAT-JACOB entre le 1er janvier 1956 et le 1er janvier 1969.

1 - Le premier chapitre a été l'occasion d'un bref rappel de la vascularisation de la partie haute de l'estomac avec les incidences thérapeutiques qui en découlent.

2 - Le second chapitre nous a permis d'étudier les différents aspects cliniques :

- soit tableau ulcéreux banal,
- soit tableau moins évocateur par le siège et le type de la douleur,
- soit tableau indolore.

3 - Nous avons ensuite rappelé les divers examens paracliniques permettant d'étayer le diagnostic.

4 - Il est en effet difficile d'affirmer l'ulcère de la région cardiale et nous avons regroupé dans un quatrième chapitre les élé-

ments qui nous ont permis de l'affirmer dans nos différentes observations et les affections qui ont pu être discutées.

5 - Le traitement a été plus particulièrement étudié :

- non pas tant le traitement médical dont les modalités sont identiques à celles de l'ulcère en général,

- que le traitement chirurgical.

Celui-ci comprend toute une gamme d'interventions :

a) - Les unes dites palliatives car elles laissent l'ulcère en place :

. Interventions de drainage gastrique associées ou non à une vagotomie,

. Gastrectomie sous ulcéreuse.

b) - Les autres radicales répondant au double but de réduire l'acidité et d'enlever l'ulcère :

. gastrectomie en gouttière type Pauchet-Toupet

. ou gastrectomie polaire supérieure ont nos préférences avec priorité pour la première.

6 - Dans le sixième chapitre enfin sont exposés succinctement les cas ayant fait l'objet de cette étude.

oOo

Vu, le Président de Thèse,

J. L. LORTAT-JACOB

Vu, le Doyen de la Faculté,

G. BROUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- AUGIER P. et SAUVAN

Comparaison des aspects radiologiques et gastroscopiques d'un ulcère juxta cardiaque.
Arch. Mal. App. Dig., Mars 1958, 47, n°3, 198-199

- BALLIVET et MARION J

L'amputation elliptique de l'estomac, procédé permettant de rétablir la continuité gastro-duodénale dans les gastrectomies pour ulcère juxta-cardiaque postérieur térébrant dans le pancréas.
Lyon Chir, Mai, Juin 1943, 38, n°3, 266-268

- BENFIELD J.R.

Diagnostic de l'ulcère marginal par gastro-camera
Bord Bordeaux Chirurgical, Fasci.3, juillet 67, pp;604-614

- BERNIER J.J., TOUPET A., POTET F., LENOIR G. et DORF G.

Ulcère pseudo néoplasique de la grosse tubérosité chez une femme
Arch. Fr. Mal. app. dig., 54, 1965, 3, 259-260

- BOCKUS H.L.

Gastro-enterology Saunders Editeurs, Philadelphie

- BROASCH J.W., CAIN J.C. et PRIESTLEY J.T.

Ulcère de l'estomac juxta oesophagien
S.G.O. sept. 1955, 101, n°3, 280-284 (bibl.)

- BRYCK D.

Ulcère pénétrant dans le voisinage du cardia gastrique.
Am. J. Dig. Dis. Sept. 1966, 11, n°9, 728-734 (3 fig), (bibl.)

- COMBEMALE B.

Les ulcères haut situés de l'estomac
Lille Chir. Sept. Oct. 1964, 19, n°5, 238-243

- CORDIER G., DEBRAY Ch., THOMAS J. et CABROL C.

Données récentes sur la vascularisation de la paroi gastrique. Conséquences pathologiques.
Annales de chirurgie 1955, n°9,10

- CORNET A. et TERRIS G.

Ulcères de l'estomac
Encycl. Med. Chir. Traité estomac fasc. 9021, B.10

- COURT P.

Contribution à l'étude des ulcères de la région cardiale
Thèse Paris 1956, n°994, 111

- DARMAILLACQ P. et LEROY P.

Excision vagotomie et pyloroplastie dans le traitement de certains ulcères haut situés de l'estomac.
Arch. Mal. App. Dig., 52, 1963, 5, pp.511-513

- DELOYERS L.

Propositions et justifications d'une intervention curatrice nouvelle de la maladie ulcéreuse : La gastrectomie inversée.
Lyon Chirurgical 1955, 50 - 1, p.5-15

- DESGOUTTES J.L.

La gastrectomie polaire supérieure
Thèse Lyon 1957

- FEKETE F.

Gastrectomie polaire supérieure avec anastomose continente
J. Chir. 1961, 81,223

- FERRY C. et PIARD A.

Ulcère sous cardiaque géant compliqué d'hémorragie et de perforation : gastrectomie totale d'urgence.
MAC 1er juin 1960, p.513

- FINSTERER H.

L'ulcère de l'estomac au voisinage du cardia
Wien Klin. Wschr. 28 av. 1939, 52, n°17, 394-400

- FINSTERER M.

Le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique proche du cardia.
Wien Klin Wschr 3 sept. 1954, 66, n°35-36, 659-662 (Bibl.)

- GALLEY L; ALBOT G., BERTHET G. et ARVAY N.

Considérations radiologiques sur l'anatomie de la région oesophago-cardio-tubérositaire
Sem. Hop. de Paris 14 sept. 1950, 26-63 pp.3611-3613

GIRARD M. et ALARY R.

L'association hernie hiatale et ulcère du collet.
Actualité hépato-gastro-entérologiques 1969, n°3, 91-120

- FURE J.

Ulcère juxta cardiaque de l'estomac
Thèse Lyon 1945, n°88

- GUEULETTE R.

Chirurgie de l'estomac
Masson Edit. Paris 1956

- GUILLAUMET M.

Les ulcères juxta cardiaques de l'estomac et leur traitement chirurgical.
Thèse Paris 1940, n°638, 83

- GUILLEMIN G.

Gastrectomie totale et maladie ulcéreuse
J. de Med. de Lyon 5 dec. 68, 1154, 1843-1855

- HAMADE C.A.R.

Etude sur le risque d'ischémie de moignons dans les résections de l'estomac.
Thèse Paris 1963

- HOAG E.W., KIRILUK L.B. et MERENDINO K.A.

Expérience dans la gastrectomie haute.
Americ. Journ. surg. 1954, 88, 44-55

- HOFFMANN V.

L'ulcère gastrique à proximité de cardia (A propos de son traitement opératoire et de la naissance de l'ulcère gastro-duodénal)
Munch. Med. Wschr. 6 sept. 1963, 105, n°36, 1721-1725, bibl.

- HOLLE F.

Spezielle Magenchirurgie
Berlin 1968, Springer verlag.

- JAEGER F.

Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique proche du cardia.
Zbl. Chir. n°27, 6 juillet 1940, 1235-1243, 5 fig.

- JOCU JOAN

Difficultés et erreurs dans le diagnostic de l'ulcère juxta-cardial.
J. de Radiol. et d'électrologie 1969, 50, 1-2, pp.33-38

- JUTRAS A.

Etude radiologique de l'oesophage paradiaphragmatique et du cardia.
J. de radiologic 1949, pp.373-416, 30

- KRATOCHVIL K.

Traitement de l'ulcère gastrique proche du cardia
Zbl. Chir.n°51, 21 dec.1940, 2396,2402, 4 fig.

- LEVASSEUR J.C. et COUINAUD C.,

Etude de la distribution des artères gastriques
J; Chir. janv. fev. 68 95, 1, 57-78, 161-176

- LOYGUE J.

Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux
R.P. 1951, T.1, p.16

- MADLENER H.

Expérience des résections palliatives de l'ulcère gastrique proche du cardia.
Zbl. Chir. 1939, 66, p.360-361

- MASSON H. et BERTONI R.

Exulcération simple de Dieulafoy au niveau du cardia, rencontrée exceptionnellement au cours d'une oesophagoscopie.
Rev. Laryng. Mars-avril 1958, 79, n°3-4, 254-256

- MAUR M., IORO A. et CAPPARELLO J.

Ulcères gastriques du 1/3 supérieur
Prensa med. argent. 31 dec. 1965, 52, n°49, 3019-3026
(Bibl.)

- MICHAUD P. et SAUBIER E.

La G.P.S. dans le traitement des ulcères haut situés . Gastro-entérologie 1953. 80, 84-94

- MIRAUCOURT G.

A propos de 3 observations d'association hernie hiatale ulcère du collet
Thèse Paris 1962, n°529

- MOUTIER F. et CORNET A.

Les ulcères gastriques de la région sous cardiale
Entretiens de Bichat(Médecine) 1967, 563-565 Bibl.

- MOUTIER F., CORNET A. et COURT P.

Les ulcères gastriques de la région sous cardiale
Arch. Mal. App. Dig. Dec. 1957, 46 n°12, 1237-1260
16 fis (Bibl.)

- PORCHER H., NGUYEN DAI et DENIS J.P.

La pneupopéritoine et l'insufflation intra gastrique associés dans l'étude des lésions du pôle supérieur.
Arch. Mal. App. Dig. 1951, 40, n°5, 541-547

- RECCUIS A.

L'ulcère juxta-cardiaque et du tiers supérieur de l'estomac
Son traitement chirurgical par la méthode de Kelling.
Madlener Prensa Med. Argent. 3 dec.1948, 35, n°49, 2313-23

- RIO BRANCO

Essai sur l'anatomie et la médecine opératoire du tronc coeliaque et de ses branches.
Thèse Paris 1912

- RIEDES W.

Traitement chirurgical de l'ulcus gastrique voisin du cardia.
62e congrès allemand de Chirurgie, 13-15 avril 1939.
Arch. Klin. Chir. 12 sept. 1939, 196, 640-655, 15 fig.

- ROUVIERE H.

Anatomie Humaine
Masson Editeurs

- ROUX M.

Les ulcères sous cardiaques.
Gaz. Med. Nov. 1948, 55, n°22, 755-758

- RUIZ G. et MARIOSA L.

Etude clinique et cinéradiographique du reflux gastro-oesophagien et de la chasse gastrique chez les opérés par résection gastrique inversée pour ulcère juxta cardial.
Riformo Med. 17 dec. 1960, 74, n°51, 1486-1488

- SANTY P., MICHAUD P. et DESGOUTTES J.L.

Le traitement chirurgical des ulcères haut situés de l'estomac.
Ann. Chir. Mai 1958, 12, n°9-10, 527-532

- SAVY P., VACHON A., BONDET P. et BUFFARD

Les ulcères sous cardiaques. Etude clinique et thérapeutique.
Journ. Med. Lyon. 20 juil. 1946, n°637-523

- SCHATZKI R. et GARY J.E.

La démonstration sur une radiographie de face d'ulcère de l'estomac supérieur dans une position pendante.
Ann. J. Roentgenol. Mai 1958, 79, n°5, 772-780, 12 fig. (Bibl.)

- SCHMIDT H.W.

Ulcération régurgitante à la jonction oesophago-gastrique
Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 24 mars 1954, 29, n°6, 153-163, 4 fig. 5 tabl.

- SCHOPS

La grosse tubérosité de l'estomac, étude clinique et radiologique.
G. DOIN et Cie, Editeurs Paris 1961

- SEREBRIAKOVO A.G.

Le diagnostic de l'ulcère de la région cardiaque de l'estomac.
Khirourghia1953, n°4, 65-73

- SHEDROV A.

Un nouveau syndrome pour le diagnostic précoce des ulcères haut situés dans la petite courbure de l'estomac.
Sem. Hop. Paris Sept. 1958, 34, n°3, 138-140, Bibl.

- SOBOCKI S.

Cancer de la portion prépylorique et ulcère gastro duodénal de la P.C. dans la région sous cardiale.
Polski Tyjas lek. 1966, 21, n°45, 1738-1740

- VERNHET J.

L'attitude chirurgicale en présence des ulcères gastriques juxta-cardiaques
Montpellier Chir. 1964, 10, n°1, 47-51

- WALLENSTEN S.

Le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique au voisinage du cardia.
Acta Chir. Scand. 1958, 115, n°4, 263-269 (Bibl.)

- WELSCH C.E.

Réappréciation de l'ulcère gastrique.
Surgery Avril 69 - 65-4. 708-715.

oOo